

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MEDECINE)

par

Moïse GROBMAN

Né le 22 Avril 1897, à Baltzi (Roumanie)

**COMPLICATIONS URINAIRES
DES FIBROMES UTERINS
EN DEHORS DE LA GROSSESSE**

Président : M. LEGUEU, Professeur

LIBRAIRIE MEDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13

PARIS

1928

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1928

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS
(MENTION MEDECINE)

par

Moïse GROBMAN

Né le 22 Avril 1897, à Baltzi (Roumanie)

**COMPLICATIONS URINAIRES
DES FIBROMES UTERINS
EN DEHORS DE LA GROSSESSE**

Président : M. LEGUEU, Professeur

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

MARCEL VIGNÉ

13, Rue de l'Ecole-de-Médecine, 13
PARIS

1928

I. — PROFESSEURS

	MM.
Hydrologie, thérapeutique et climatologie.....	M. VILLARET.
Anatomie	ROUVIÈRE
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	ROGER
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	N...
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD
	WIFAL
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ...	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	HARTMANN
	LEJARS
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	TERRIEN
Clinique urologique	LEGUEU
	COUVLAIRE
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Clinique propédeutique	SERGENT
Professeur sans chaire	BRANCA.
Clinique de la tuberculose	L. BERNARD.

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

ALAJOUANINE	Neurologie et psychiâtrie.
ABRAMI	Pathologie médicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BIJET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROcq	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.
ÉCALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.
HARVIER	Pathologie médicale.
LERoux	Anatomie pathologique.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
PHILIBERT	Bactériologie.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHT Fils	Physiologie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.	
BUSQUET.....	Pharmacologie.
GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX.....	Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE.....	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
TANCN	Pathologie médicale.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.	
ALGLAVY	Clinique chirurgicale.
AUVRAY	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.
GOUGEROT.....	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique médicale.
LE LORIER	Clinique obstétricale.
LEREBoullet	Clinique médicale infantile.
LÉRY	Clinique médicale.
MOCQUOT	Clinique médicale.
PROUST	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, agré-gé.....	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leur auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

M. le Professeur LEGUEU

**PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A LA FACULTÉ**

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu, en acceptant la prési-
dence de cette thèse, nous faire un grand
honneur.*

*Qu'il trouve ici un faible témoignage de
notre reconnaissance et de notre affectueux
respect.*

A MA MERE ET MON PERE

*En faible témoignage de reconnaissance
et amour filial.*

A MA FEMME

A MES SOEURS ET MES BEAUX-FRERES

A MON FRERE ET MA BELLE-SOEUR

A MES ONCLES JACOB et SAUL MOCHCOVITCH

A MES BEAUX-PARENTS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. le Professeur GILBERT (*in memoriam*)

M. le Professeur DELBET

M. le Docteur LAUBRY

M. le Docteur LAUNAY

M. le Professeur VAQUEZ

M. le Docteur AVIRAGNET

M. le Professeur TESSIER

M. le Docteur LOUSTE

M. le Professeur GUILLAIN

M. le Professeur BRINDEAU

M. le Professeur LEGUEU

M. le Professeur CLAUDE

M. le Professeur SEBILEAU

M. le Professeur TERRIEN

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES AMIS

INTRODUCTION

Nombreuses sont les femmes qui, en clinique, accusent des signes fonctionnels de l'appareil urinaire pour lesquels elles viennent consulter.

Il importe de savoir que ces troubles relèvent souvent d'affections génitales, utérines en particulier ; en effet, les affections uro-génitales ont souvent une symptomatologie mixte. L'appareil urinaire et l'appareil génital sont connexes et solidaires au point de vue anatomique, physiologique et pathologique.

A l'inverse de ce qui se passe chez l'homme, il faut toujours rechercher chez la femme la cause d'une affection vésicale en dehors du réservoir urinaire, car la vessie traduit souvent la souffrance des organes génitaux. Il en résulte que l'étude clinique des symptômes urinaires chez la femme relève du domaine de la gynécologie et n'est qu'un chapitre des compressions par tumeurs pelviennes en général, tumeurs utérines en particulier.

Ces troubles vésicaux passent au premier plan, ayant une grande valeur sémilogique. Ils font pen-

ser aux fibromes latents dont les signes physiques seront découverts par un examen systématique.

Cette symptomatologie d'emprunt peut exister seulement au début de l'affection (fibrome latent à à début vésical) ou même pendant toute la durée de l'évolution. Les laparotomies fréquentes, la technique bien précisée de la cystoscopie, les travaux d'ensemble de : Boissard, Gruet, Legueu, Hartmann et Bonnet, ont bien précisé l'étude de ce retentissement, au point qu'actuellement, certains de ces accidents doivent bien plutôt être considérés comme des symptômes que comme des complications.

En clinique, la malade se présente dans trois conditions bien différentes :

1° Chez les unes, les lésions génitales sont manifestes, l'existence du fibrome a été mise en évidence par son syndrome hémorragique, l'accroissement de volume, l'allongement et la déformation de la cavité utérine ; une telle malade présente de petits troubles vésicaux et il est facile de les rattacher à l'affection utérine.

2° Chez d'autres, ce sont des troubles vésicaux qui attirent seuls l'attention. La malade se présente comme une urinaire, mais ici encore, un toucher vaginal, permet de reconnaître facilement et rapidement un fibromyome de l'utérus évident :

3° Chez d'autres, enfin, les troubles vésicaux sont au premier plan et peuvent même revêtir un caractère dramatique, mais l'affection génitale est diffi-

cile à mettre en valeur ; le toucher vaginal fournit peu de renseignements ; ce sont ces formes où il peut s'agir d'un petit fibrome enclavé de diagnostic parfois très difficile et c'est dans ces cas que l'examen cystoscopique peut fournir des renseignements importants.

Mais si la vessie domine, si les fibromateuses présentent généralement des troubles mictionnels et des symptômes uréthro-vésicaux qui sont exclusivement des troubles d'excrétion, il faut signaler les troubles de la sécrétion et ne pas méconnaître les troubles de l'élimination rénale, lourds de conséquences post-opératoires et c'est à l'urémie post-opératoire que l'on attribue la plupart des cas de mort rapide à la suite d'intervention ; ce sont les complications uretéro-rénales.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces troubles sont bien expliqués :

1° Par les rapports étroits existant entre la partie postérieure de l'urèthre et la partie inférieure de l'appareil génital ;

2° Par le fait que les uretères croisent le bord latéral du col utérin à la hauteur de l'orifice interne.

Ils sont plus fréquents au cours de l'évolution des fibromes qu'au cours de celle des kystes de l'ovaire, car dans le premier cas il s'agit de tumeurs solides et dans le second de tumeurs malléables et fuyantes (Legueu).

Trois groupes d'hypothèses ont été émises pour expliquer la pathogénie de ces accidents :

1° *Les théories mécaniques* : Il importe d'étudier le volume et le siège de la tumeur et les modifications plastiques et uréthro-vésicales.

A. — *Le volume et le siège de la tumeur*

Le volume de la tumeur a peu d'importance, et nous n'insisterons pas sur cette notion qui ne joue

un rôle que dans les fibromes à développement abdominal, au large, qui donnent peu de troubles de compression et ne sont susceptibles que d'écraser l'uretère contre le détroit supérieur. Nous ne retiendrons que les tumeurs à point de départ et à siège pelviens, petites, enclavées, à l'étroit, retentissant sur l'urèthre au niveau du col vésical et sur les uretères au niveau de leur abouchement dans la vessie.

a) *Le fibrome antérieur.* — Lejars a insisté sur les fibromes cervicaux à développement antérieur « qui naissent et croissent aux dépens de la paroi antérieure du col, derrière la vessie, dans l'espace rétro-pubien et la paroi hypogastrique » (Comptes rendus Société obstétrique 1906), c'est beaucoup plus le fait de fibromes sessiles développés en nappe que des fibromes pédiculés et mobiles.

b) Pozzi dans son traité de gynécologie a montré l'importance des fibromes sus-vaginaux du col à développement latéral en arrière du col soulevant le cul-de-sac de Douglas et débordant sur les côtés entre les feuillettes des ligaments larges. Ce sont les fibromes inclus dans le ligament, incarcerated, pouvant atteindre un volume considérable et donnant lieu à des compressions très graves.

c) Enfin, Bonnet, dans sa thèse inspirée par Hartmann, a longuement insisté et a montré l'importance des fibromes développés à la face postérieure de l'utérus, soit du col, soit surtout, dit-il, du corps.

B. — *Les modifications uréthro-vésicales* : ont été surtout étudiées par Legueu dans le journal d'Urologie (1912) et reprises par Bonnet.

Trois lésions sont importantes :

a) La compression de l'urèthre, soit directe par le fibrome lui-même, soit indirecte par l'intermédiaire du col utérin, mais ce facteur ne semble pas le plus important. (En effet, au cours du travail, la tête comprime fortement l'urèthre et la rétention de l'urine ne se rencontre pas à ce moment.)

b) C'est surtout l'étirement de l'urèthre, son élongation.

C'est cet allongement uréthral qui porte le col vésical en haut et en avant et le plaque contre la symphyse.

c) L'étalement de la vessie. « La déformation la plus constante de la vessie est son élévation vers les régions ombilicales et c'est dans cette situation qu'elle se met en rétention. La rétention est faite d'abord de l'allongement de l'urèthre (disparition du méat) et de la compression uréthrale. Enfin et surtout, la rétention est faite de l'étalement vésical à la surface de la tumeur.

Quant à l'atteinte urétérale, elle se produit par le mécanisme de l'élongation et de la distension ». (Legueu.)

2° *Théorie congestive* : Ces dispositions anatomopathologiques sont nécessaires, mais elles ne sont

pas suffisantes et il faut aussi ajouter un élément de congestion pelvienne que l'on peut rapprocher de la crise congestive accompagnant la rétention d'urine des prostatiques. En faveur de cette théorie, plaident des arguments cliniques : c'est l'apparition souvent brutale au moment des règles et la disparition complète dans leur intervalle et les modifications de la muqueuse vésicale à deux examens cystoscopiques.

3° *Théorie nerveuse* : Elle insiste surtout sur la compression des nerfs moteurs de la vessie, entraînant leur paralysie. Elle est à rejeter, car il n'y a pas paralysie comme le prouve l'existence de contractions vésicales douloureuses. Il faut toutefois retenir le spasme : « parfois l'irritation que produit le contact du fibrome amène une contracture réflexe du sphincter vésical et de la rétention d'urine. Cette contracture spasmodique chez quelques malades se reproduit périodiquement, au moment de la congestion cataméniale provoquant de l'hypérimie pelvienne » (J. L. Faure.)

ETUDE CLINIQUE

1° *Albuminerie et fibrome.* — Les fibromateuses présentent souvent de l'albuminerie. Deux cas sont à envisager :

1° A son degré le plus léger, se sont des traces ou tout au plus une quantité minime d'albumine. Dans ce cas, il n'y a jamais de cylindres urinaires. Elles semblent relever d'une congestion rénale transitoire par coudure des uretères avec trouble de leur contractibilité, ou même d'une simple résorption des produits toxiques secrétés par la tumeur. Elle était autrefois considérée comme une contre-indication formelle de l'intervention, mais actuellement elle commande impérieusement l'hystérectomie ;

2° Dans d'autres cas, l'albuminerie est plus marquée en même temps qu'elle s'accompagne d'une élimination de cylindres épithéliaux et on peut même trouver les petits signes du Brightisme avec œdème des membres inférieurs céphalée, insomnie nocturne, traduisant une grosse altération du parenchyme rénal, qu'il s'agisse de néphrite antérieure aggravée ou créée par l'intoxication fibromateuse.

Ces signes sont d'autant plus sérieux que le cœur des fibromateuses est souvent altéré, comme d'ailleurs dans beaucoup de tumeurs abdominales en général, parfois l'urémie est plus caractérisée, c'est une urémie lente, progressive à type dépressif. On voit dans l'importance avant l'intervention, d'un examen complet du fonctionnement rénal et du choix de l'anesthésique, si l'on veut éviter la grande complication post-opératoire, l'urémie. D'ailleurs une altération marquée des reins, constitue une contre-indication chirurgicale.

2° *La pollakiurie.* — Elle peut présenter tous les degrés, s'accompagne souvent de ténésme post-mictionnel avec contracture douloureuse de la vessie, elle résulte de l'irritabilité vésicale et comme celle qui accompagne d'autres affections utérines, elle présente les caractères particuliers d'être diurne et ortho-statique, elle est souvent suivie de petits phénomènes douloureux, brûlures à la fin de la miction, etc.

3° *La dysurie.* — La nécessité de faire un effort violent pour uriner, la malade pousse. La contractilité vésicale est insuffisante et nécessite la contracture des muscles de l'abdomen. Souvent la malade ne peut uriner que dans certaines attitudes, position, assise, debout, gèneu-pectorale.

D'autre part, elle n'émet que quelques gouttes d'urine claire. Cette dysurie, peut aboutir à la rétention complète. Pollakiurie et dysurie constituent les

petites troubles de la miction, mais la véritable complication est la rétention d'urine.

4° *Rétention d'urine.* — De toutes les affections utérines, le fibrome est avec la grossesse la cause la plus importante de rétention d'urine.

Date d'apparition de la rétention : Nous avons vu qu'elle peut être le signe révélateur d'un fibrome latent ou survenir au cours de l'évolution d'un fibrome reconnu. Elle survient presque toujours le matin au réveil (congestion du décubitus) et très souvent au moment de la période menstruelle.

Sa fréquence : Elle survient surtout dans les fibromes cervicaux isthmiques et intra-ligamentaires de 4 à 5 % des cas environ.

Sa symptomatologie : Il n'existe aucun parallèle entre la symptomatologie vésicale et la symptomatologie utérine, la première étant toutefois dépendante de la seconde.

Le début : Elle peut survenir d'emblée, sans symptôme urinaire antérieur. Ou bien, elle peut être précédée de petits troubles mictionnels que nous avons décrits et en particulier de pollakiurie diurne.

La période d'état : C'est la rétention d'urine classique, avec violent besoin d'uriner, douleur type gastrique de plus en plus violente, envie d'uriner de plus en plus impérieuse. C'est à l'examen physique : le ventre tendu, le globe vésical mal pouvant monter jusqu'à l'ombilic.

Terminaison : Elle est rarement spontanée, et se

termine soit par la manœuvre de Lareyenne : en refoulant du doigt la tumeur qui bombe dans le cul-de-sac postérieur. On favorise ainsi une évacuation spontanée, tout au moins partielle de la vessie distendue, soit si échec de cette manœuvre, par cathétérisme uréthrale, qui est souvent indispensable, parfois difficile, par suite de la compression et de la déviation de l'urètre, on se gardera d'évacuer complètement la vessie par crainte d'une hémorragie à vague.

L'Evolution : Une telle rétention peut être unique. Elle peut être à répétition.

Elle peut persister, s'installe définitivement, c'est alors la rétention chronique incomplète, avec miction par engorgement ou chronique complète. Dans ce dernier cas il s'agit d'une maladie très fragile et la grosse complication est l'infection vésicale, enfin, l'hystérectomie fait disparaître complètement la rétention.

5° *L'incontinence d'urine.* — Se rencontre beaucoup plus souvent dans les prolapsus génitaux que dans les fibromes. Elle peut revêtir trois types.

1° *La fausse incontinence des pollakiuriques.*

C'est une miction involontaire, une miction vraie la malade ne peut résister au besoin d'uriner et émet quelques gouttes d'urine claire, elle revêt souvent un type ortho-statique, cédant au décubitus.

2° *L'incontinence par engagement où l'émission d'urine se fait goutte à goutte de façon continue et*

inconsciente. Si l'on sonde on retire une grosse quantité d'urine.

3° La vraie incontinence ; sans besoin d'uriner, sans sensation d'émission d'urine ; si l'on sonde la vessie, on la trouve vide ou presque. C'est l'incontinence par défaillance sphinctérienne.

7° *Hématurie*. — Elle est rare au cours des fibromes utérins. Survient exceptionnellement sans rétention et complique la rétention d'urine aiguë. Il faut la rapprocher des hématuries périodiques de Legueu survenant chez les femmes normales par ailleurs.

8° *L'anurie*. — Elle est également très rare. Il s'agit d'une anurie par compression des 2 urétéres ou d'un seul urètre et dans ce dernier cas par lésion de l'autre rein ; il peut également s'agir de réflexe inhibitoire réno-rénal avec sidération du rein. Cette compression peut être brusque ou lente pouvant donner alors une hydro-néphrose. Nous en rapprocherons l'anurie post-opératoire, ou urémie suraiguë et mort en quelques jours.

9° *Hydro-Néphrose*. — Elle est beaucoup plus rare que dans les cancers du col utérin. Elle est généralement bi-latérale, intermittente avec crises paroxysmiques de rétention : Tumeur, oligurie suivie de débâcle polyurique avec disparition de la tumeur. Son importance est de favoriser l'infection du bassin et du rein.

10° *L'infection vésico-rénale.*

1° La cystite est une complication assez rare, son caractère est d'être persistante, rebelle, à tous traitements et de céder exclusivement à l'hystérectomie. Elle peut revêtir une forme classique de cystite chronique ou aiguë mais peut se présenter sous une forme très spéciale.

La cystite membraneuse décrite par Guyon à rapprocher de la cystite membraneuse des femmes enceintes, c'est une cystite aiguë s'accompagnant d'hématurie, d'odeur putride des urines, et élimination de fausses membranes.

2° Pyélo-néphrite avec sa polyurie, troubles pouvant aboutir, à la pyo-néphrose résultant de l'infection ascendante d'une hydro-néphrose, chez les distendus vésico-uretéro-rénale, elle est accompagnée de signes généraux graves et nécessite une thérapeutique active.

Nous ne ferons que mentionner la rupture vésicale tout à fait exceptionnelle et qui a été signalée par Lisfranc et Vincent.

Nous voyons donc que ces troubles d'origine utérine revêtent des caractères communs importants ? Ils sont généralement les conséquences de la congestion pelvienne sont favorisés par l'apparition ou la suppression brusque des règles, revêtant une allure cyclique et cèdent à l'hystérectomie.

CYSTOSCOPIE

A l'état normal, elle montre une coloration uniforme de la muqueuse, rosée au niveau de la base, pâle au niveau du dôme vésical, la zone postérieure, montre un trigône, barre plus évasée que chez l'homme, limitée en arrière par la bandelette inter-urétérale, toujours nettement visible, présentant au niveau de ses angles les orifices urétéraux, symétriquement disposés en fente ou punctiformes. En arrière du trigône, la saillie utérine forme une voussure médiane très effacée.

Chez la femme porteuse d'un fibrome, et surtout de fibrome latent, la cystoscopie peut rendre de grands services. Il est parfois difficile d'introduire le cystoscope et une fois introduit, il peut être difficile de le manœuvrer par suite de la déviation uréthrale. Elle montre l'existence de lésions vésicales organiques et il faut insister sur :

1° Les déformations vésicales, modifications plastiques résultent de l'évolution du fibrome : Dans les fibromes de l'isthme elles montrent une saillie arrondie, soulevant la paroi postérieure de la vessie et la muqueuse utérine. Dans les fibromes haut si-

tués, une saillie juxta-cervicale rappelant l'aspect de l'hypertrophie prostatique.

2° Les modifications de la muqueuse vésicale.

Ce signe le plus important est l'œdème buleux qui extériorise les troubles circulatoires résultant de la compression. Il faudrait alors prévoir au cours de l'intervention la découverte de grosses veines utérines, dilatées, qui pour certains, favoriseraient l'embolie pulmonaire post-opératoire et doit donc faire réserver le pronostic chirurgical.

Elle permet le diagnostic précoce des petites rétentions vésicales au début lorsqu'on constate l'existence d'un bas-fond, enfin de la cystite légère avec une muqueuse rouge dépolie, c'est donc une exploration facile non dangereuse, qui complète l'examen clinique, peut permettre de préciser le diagnostic et précise les rapports de l'utérus et de la vessie.

Si on craint une insuffisance rénale, on pourra la compléter par un cathétérisme urétral.

DIAGNOSTIC

Nous avons vu les trois cas dans lesquels on pouvait être appelé à examiner une malade, présentant des troubles urinaires compliquant un fibrome de l'utérus. C'est l'association d'une tumeur utérine et de troubles urinaires, qui permet de rapporter ces derniers à leur cause.

Nous rappelons toutefois que le diagnostic des hématuries avec les tumeurs vésicales, myomo en particulier ; la rétention d'urine au cours de fibromes de la paroi postérieure du vagin ; les troubles urinaires pouvant survenir au cours d'autres affections pelviennes, telles que déformation et rétroversion utérines, incarceration d'un utérus gravide rétro-fléchi ou rétro-versé, prolapsus génitaux avec cystocèle.

Compression par un kyste de l'ovaire, un cancer utérin.

Enfin, chez tous ces malades, bien préciser l'état des reins, dont l'étude est importante pour préciser les indications opératoires et établir un pronostic.

On voit donc qu'au point de vue pronostic, il faut

toujours penser à un fibrome en présence de troubles urinaires chez la femme et l'exemple le plus classique en est la malade de A. Siredey : Une rétention d'urine survenant au moment des règles lui a permis de diagnostiquer à distance un fibrome chez une jeune fille.

TRAITEMENT

1. *Traitement symptomatique.* — C'est le traitement de la rétention. Il faut tout d'abord tenter la manœuvre de Ledoyenne et, si échec de celle-ci, pratiquer un cathétérisme urétral.

2. *Traitement curatif.* — C'est le traitement du fibrome.

On peut dire que la plupart des complications urinaires constituent autant d'indications thérapeutiques. Il en est ainsi de la pollakiurie intense, de l'albuminurie simple, des crises aiguës et répétées de rétention d'urine.

La voie abdominale est la voie de choix, on pratiquera de préférence une hystérectomie sub-totale ; les indications de la myomectomie étant beaucoup plus restreintes, mais la grosse complication est l'ouverture de la vessie qui est remontée et étalée ainsi que la lésion des uretères ; en effet de l'anatomie pathologique, Legueu tire deux conclusions opératoires

« pour éviter les uretères, raser de près la tumeur ;
pour éviter la vessie, inciser haut l'abdomen, reconnaître le cul-de-sac anté-utérin » et le refouler vers le bas à la compresse.

OBSERVATIONS

Observation I (résumé). — F. Legueu (In journal d'Urologie 1912, page 33).

Femme de 42 ans, envoyée pour une volumineuse tumeur abdominale. Toujours bien réglée. La malade s'est aperçu il y a quatre ou cinq ans, que son ventre augmentait de volume surtout depuis deux ans. Elle se plaint en outre d'uriner souvent et la fréquence de ses mictions augmente avec les années. Actuellement, elle urine sept à huit fois par jour, deux fois la nuit, mais depuis un ou deux mois environ, une difficulté marquée de la miction s'est ajoutée à leur fréquence. La malade a de la peine à uriner, et elle est obligée de faire effort, et, à certains moments même, c'est à peine si elle peut émettre quelques gouttes, bien qu'elle ait un besoin très impérieux d'uriner.

Elle urine un litre et demi par jour. La malade est pâle. Le ventre est énorme et pointe en avant, même dans la position couchée. Au palper on sent une tumeur ferme, dure, qui remplit toute la région sous-ombilicale et remonte jusqu'à un travers de doigt au dessus de l'ombilic. Au niveau de la ligne médiane,

on sent la vessie légèrement distendue, au toucher vaginal, le doigt rencontre la tumeur à quelques centimètres de la vulve, elle semble émerger de la partie postérieure du vagin, dont le cul-de-sac postérieur n'existe plus. Cette tumeur replit la cavité pelvienne, il est impossible d'arriver à sentir le col.

Le cathétérisme est impossible, car on ne trouve pas l'urètre, celui-ci étant remonté dans la paroi antérieure du vagin.

Après intervention : guérison. Les mictions reprennent naturellement dès le premier jour et les urines sont claires.

Observation II. — Paul Delmas « Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie », février 1913.

Il s'agissait d'une femme de 43 ans, entrée dans le service de gynécologie pour douleurs abdominales, pertes rouges, dysurie.

Dans ses antécédents collatéraux, une sœur morte de cancer utérin à l'âge de 45 ans. Elle-même veuve après quelques semaines de mariage et nullipare; ses règles sont fort abondantes et étaient régulièrement en avance d'une dizaine de jours.

Depuis deux ans, cette malade est une rétentionniste contrainte au cathétérisme quotidien pour vider la vessie. Il y a quelques mois cependant, la miction spontanée était encore possible, quoique laborieuse. En même temps que les troubles urinaires des métroragies abondantes, et d'une semaine envi-

ron, viennent s'intercaler entre les périodes cataméniales. Ces pertes s'accompagnent de douleurs qui attirent l'attention sur le bas ventre qui grossit progressivement. Elle se décide à l'hospitalisation le 17 août.

On est d'abord frappé par sa pâleur, plus grande que ne le comporte l'abondance des hémorragies qu'elle accuse, en même temps que l'état saburrale de la langue, le faciès utérin autrefois décrit par Arou traduit l'intoxication lente, étudiée par Dewin et Posner chez les rétentionnistes.

De profil, son ventre se projette en avant comme une gestante à mi-terme. Le palper permet de délimiter une tumeur très volumineuse débordant de trois travers de doigt la cicatrice ombilicale. Latéralement, elle empiète vers les fosses iliaques et s'engage à fond dans l'excavation. C'est donc vraisemblablement une tumeur pelvienne qui remonte dans le ventre. Son contour très régulièrement ovoïde et pourtant interrompu un peu à droite de la ligne médiane, par une tumeur ovulaire de la dimension d'une mandarine, d'une consistance très ferme, presque ligneuse; elle offre cependant sur une surface large comme la paume de la main et qui surplombe le pubis, une aire molasse qui peut être la vessie.

Au toucher, dès l'entrée dans le vagin fort court, les doigts tombent sur un dôme régulier et dur, qui rappelle à s'y méprendre une tête bien ossifiée des-

cendue à mi-excavation. L'index, qui en fait le tour ne retrouve de vestige du col que dans un orifice arrondi très haut situé en avant et à droite. Cet anneau sans trajet donne accès à l'hystéromètre qui introduit dans une cavité qui monte vers la droite, sur une profondeur de huit centimètres, au delà de laquelle l'instrument est arrêté.

Cette simple manœuvre provoque un suintement sanguin appréciable. Le cathétérisme urétral conduit dans la zone molasse pré-tumorale, mais il est en raison du volume de la tumeur absolument impossible de songer à pratiquer une systoscopie ou un cathétérisme des uretères.

Le toucher rectal montre la saillie importante de la tumeur vers le sacrum ; cependant, la compression de l'intestin n'est pas suffisante pour amener la constipation.

Observation III. (Thèse Bonnet). — Il s'agit d'une femme de 34 ans qui a présenté une grossesse. Elle est entrée pour métrorragie, elle a présenté dans le mois précédent des crises de rétention d'urine complètes et aiguës ; la première fois pendant 30 heures, la deuxième pendant 24 heures, aux deux fois, elle a dû être sondée. Ces deux rétentions coïncident avec deux fortes hémorragies accompagnées de douleurs pelviennes très vives. La malade a des troubles de la menstruation depuis 16 mois environ.

Toucher vaginal : col à gros orifice, admettant deux doigts, regardant en bas et en arrière ; corps

utérin en anté-version normal, sur sa partie antéro-droite, on sent une masse lobulée ayant la consistance d'un fibrome. On pratique chez elle une hystérectomie vaginale qui montre un utérus à petit fibrome multiple, un kyste de l'ovaire droit comme une pomme d'api, collé à la face postérieure du ligament large.

Observation IV. (Thèse Bonnet). — C'est une malade âgée de 52 ans, ménopausée depuis trois ans sans grossesse antérieure. Elle entre le 25 septembre 1905 pour rétention d'urine. Un mois environ avant son entrée à l'hôpital, on constate que les mictions sont douloureuses, surtout au début ; la fréquence de ces mictions restant la même. Le 12 septembre, pour la première fois, elle ne peut arriver à uriner. La constipation qui existait précédemment chez la malade n'a pas augmentée. Depuis l'entrée de la malade à l'hôpital, il a fallu la sonder deux fois par jour. Les urines sont claires. Il n'existe pas d'autres symptômes fonctionnels.

Toucher vaginal : le doigt à peine introduit dans le vagin, pointant très en haut et en avant, la saillie du col qui est mou, entr'ouvert, non douloureux. Dans le cul-de-sac postérieur et dans le cul-de-sac droit, on sent une masse volumineuse, longeant dans le bassin et dont la paroi antérieure s'étend verticalement. Cette masse est consistante, dure, uniforme et à peine mobilisable. Opérée le 6 octobre 1903, du fond de l'excavation émerge le corps uté-

rin : à droite et en avant de lui, le péritoine est soulevé par une tumeur arrondie ; le cul-de-sac vésico-utérin est presque entièrement effacé, soulevé qu'il est par la présence d'une tumeur sous-péritonéale du volume d'une petite orange. L'hystérectomie abdominale, sub-totale après ablation du fibrome par décortication. Suite normale.

Observation V. (Thèse Bonnet). — La malade, âgée de 42 ans, sans enfant, entrée le 31 mars 1920 parce qu'elle a de la difficulté à uriner. Trois à cinq mois avant son entrée à l'hôpital, elle était obligée de faire des efforts, mais les mictions ne sont pas douloureuses et les urines sont normales.

Peu à peu, les troubles augmentent, mais toujours sans aucun autre symptômes fonctionnel. Deux jours avant son entrée à l'hôpital, la malade qui était sur le point d'avoir ses règles est tout à fait incapable d'uriner et doit se faire sonder. Les règles sont normales deux jours après. Depuis cette époque, les difficultés pour uriner se sont particulièrement marquées, le matin, au réveil, la malade ne pouvant uriner qu'après deux ou trois essais.

Aucun autre symptôme fonctionnel et la malade vient uniquement par crainte d'une nouvelle impossibilité d'uriner.

Toucher vaginal : col utérin regardant en bas et à droite ; il est déplacé dans son ensemble vers la droite. Dans le cul-de-sac antérieur, on sent une masse dure, ferme, remontant à trois travers de

doigt au-dessus de la symphyse ; dans le cul-de-sac gauche, on sent une masse qui fait corps avec l'utérus. Le 9 août 1920, on pratique une hystérectomie sub-totale on trouve un gros fibrome, les suites sont normales.

Observation VI (Legars). — Comptes rendus à la Société Obstétrique, gynécologique et pédiatrie, 1920).

Femme de 42 ans, venue consulter parce qu'elle éprouvait des douleurs abdominales vives, que son ventre avait considérablement grossi ; de temps en temps un peu de sang était mélangé à l'urine. Au palper de l'abdomen, on constata une tumeur irrégulière non mobilisable qui remontait jusqu'à l'ombilic. Cette tumeur était située à la face postérieure de la paroi abdominale, elle semblait faire corps avec elle, surtout dans la zone de Retzius qu'elle distendait et soulevait en relief ; au toucher, on retrouvait au devant du col son pôle inférieur et l'absence de mobilité se confirmait en arrière dans le cul-de-sac de Douglas.

Intervention : l'incision pratiquée, on ouvre le péritoine très haut, non loin de l'ombilic, et l'on prolonge prudemment la section de haut en bas, on découvre en effet une masse énorme qui émergeait du bassin et remplissait toute sa moitié antérieure et au devant de laquelle remontait une très grande vessie dilatée. En arrière de cette masse on trouvait l'utérus lui-même volumineux et refoulé en arrière.

On incise le feuillet séreux pré-utérin. Il s'agissait d'un très volumineux fibrome diffus de la face antérieure du col qui s'était développé sous le péritoine en refoulant et comprimant la vessie et en se prolongeant derrière la paroi abdominale. Il était gros comme les deux poings. Dans les suites opératoires, il y eut de la rétention partielle pendant quelques jours, mais peu à peu, la vessie dilatée reprit sa tonicité et son fonctionnement.

Observation VII. (Loubar et Mange). — Société obstétrique et gynécologique de Bordeaux 17 juillet 1923.

Hématurie vésicale. Il s'agit d'une femme de 41 ans, porteur d'un fibrome de face antérieure de l'utérus. Cette malade avait une hématurie vésicale au moment de menstruation. A l'examen cystoscopique, le fond de la vessie est révélé par le fibrome, mais la muqueuse paraît saine. Après hystérectomie, on trouve un gros fibrome implanté sur le côté droit de l'utérus.

Il avait entraîné les vaisseaux utérins, d'où gêne circulatoire et hémorragie.

CONCLUSIONS

- 1° Par leur début et par leur évolution, les fibromyoses de l'utérus ont souvent symptomatologie purement urinaire.
- 2° Ces accidents relèvent avant tout du siège cervico-isthmique de la tumeur et de la congestion pelvienne.
- 3° Ils peuvent être le point de départ de lésions rénales graves, déclancher une urémie post-opératoire.
- 4° L'examen cystoscopique peut être d'un grand secours, surtout pour dépister les petits fibromes latent du col de l'utérus.
- 5° La plupart de ces complications constituent de véritables indications opératoires qui doivent actuellement être très étendues.
- 6° L'altération grave du parenchyme rénal constitue pratiquement la seule contre-indication opératoire.

Vu : le Doyen, Vu : le Président,

ROGER, LEGUEU,

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- Legueu.* — Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire de la femme. Annales des maladies des organes génitaux urinaires, 1897.
- Legueu.* — Des troubles urinaires provoqués par le fibrome du col utérin. Journal d'urologie, 1912, page 33.
- Legueu.* — Traité chirurgical d'urologie. 1921.
- Mock (Jack) et Dore.* — De la cystoscopie et du cathétérisme des uretères en gynécologie. Gynécologie et obstétrique 1920.
- Wiart.* — Les fibromes de l'utérus. Journal des praticiens, 29 novembre 1919.
- Société obstétrique et gynécologique, Paris, 12 novembre 1923.
- Revue Française de gynécologie et d'obstétrique, avril 1920.
- Paul Delmas.* — Revue mensuelle de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie, février 1913.
- Jean-Louis Faure et Sirdey.* — Traité de gynécologie Médico-chirurgicale, 4^e édition 1928. page 510 et page 1.008.
- A. Boursier.* — Journal de Médecine de Bordeaux, 23 février 1902.
- Izard.* — Paris, thèse, 1904.
- Pozzi.* — Traité de gynécologie.
- Perrot.* — Etudes du fibrome de l'utérus, Lyon, thèse, 1899-1900.
- Venot.* — Annales gynécol et obstétricale, 1907.
- Guyon.* — Tumeurs fibreuses de l'utérus, 1860.
- Hubert.* — Albuminurie dans le fibrome de l'utérus, Bordeaux, thèse, 1883.

- Pellanda.* — Mort dans le fibrome utérin (anurie), Lyon, thèse, 1905.
- Uteau.* — Annurie dans le cancer pelvien, Paris, thèse, 1903.
- Pourrat.* — Complications urinaires dans corps fibreux de l'utérus, Paris, thèse, 1885.
- Castet.* — Complications urinaires des fibromes utérins, Bordeaux, thèse, 1906.
- Minvielle.* — Paris, thèse, 1907-1908.
- Mlle Kagan.* — Paris, thèse, 1912-1913.
- Dionet.* — Lyon, thèse, 1913.
- Loubal et Mange.* — Obstétrique et gynécologie, Bordeaux, 1923.
- Chalier.* — Société de chirurgie de Lyon, 18 novembre 1926.
- Société Chirurgie, Lyon, 18 novembre 1926.
- Fraysse.* — Bordeaux, thèse, 1903-1904.
- Roustit.* — Montpellier, thèse, 1921.
- Mémoires de Pozzi.* 1884.
- Bonnet.* Paris, thèse.
- Patel.* — Société Chirurgie, 6 février 1922.
- Gernez.* — La Médecine, avril 1922.
-

